

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Abrechnung

**Absender/Stempel**

Rückantwort bitte per Fax oder E-Mail:  
eFax 0711 7875-483735 | hvm\_antraege@kvbawue.de

Bitte dieses Formular **maschinell** ausfüllen! (Nur wenn Finanzhilfen beantragt und bewilligt wurden.)

## Finanzieller Ausgleich COVID-19-Pandemie

### Angaben zu Art und Umfang bereits erhaltener Ausgleichzahlungen/Entschädigungen

Im Zeitraum \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2020 habe ich / haben wir staatliche Finanzhilfen, z. B. Entschädigungen nach § 56 IfSG, Kurzarbeitergeld, Soforthilfe Bund/Land, etc. oder Leistungen aus einer privaten Ausfallversicherung in folgender Höhe erhalten:

Art des finanziellen Ausgleichs	Betrag

### Angaben zum Antragsteller:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR (Betriebsstättennummer)

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Praxisinhaber / Geschäftsführer MVZ